

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 2

DE LA CHIRURGIE ACTUELLE
DES
KYSTES HYDATIQUES
NON COMPLIQUÉS DU FOIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 21 Décembre 1916

PAR

Pierre DE LAROQUE

Né à Faraman (Commune d'Arles), le 29 septembre 1887

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE MARSEILLE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	TÉDENAT, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		FORGUE, professeur.		
		DE ROUVILLE, prof.-adj.		
		GALAVIELLE, agrégé.		



MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3, Rue Ferdinand-Fabre, 3
1916

DE LA CHIRURGIE ACTUELLE
DES
KYSTES HYDATIQUES
NON COMPLIQUÉS DU FOIE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555617_0104

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 2

DE LA CHIRURGIE ACTUELLE

DES

KYSTES HYDATIQUES

NON COMPLIQUÉS DU FOIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 21 Décembre 1916

PAR

Pierre DE LAROCHE

Né à Faraman (Commune d'Arles), le 29 septembre 1887

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE MARSEILLE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	TÉDENAT, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		FORGUE, professeur.		
		DE ROUVILLE, prof.-adj.		
		GALAVIELLE, agrégé.		



MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

3, Rue Ferdinand-Fabre, 3

1916

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*).	DOYEN.
SARDA.	ASSESEUR.
IZARD.	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale.	MM. TEDENAT (*).
Clinique médicale.	CARRIEU (*).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.	MAIRET (*).
Physique médicale.	IMBERT (*).
Botanique et histoire naturelle médicales.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE (*).
Clinique ophtalmologique.	TRUC (O *).
Physiologie.	HEDON.
Histologie.	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP (*).
Anatomie.	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	ESTOR.
Microbiologie.	RODET.
Médecine légale et toxicologie.	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.	BAUMEL (*).
Pathologie et thérapeutique générales.	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS (H).
Clinique médicale.	RAUZIER (*).
Clinique obstétricale.	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.	VIRES.
Anatomie pathologique.	MASSABUAU (*).
Chimie médicale.	N. . .

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*), GRASSET (O *).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.	MM. DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements.	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	MOURET, profes.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU (*), a.l. (ch. de c.)
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.	VEDEL, agr. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire.	SOUBEYRAN, a.l. (ch. de c.)
Pathologie externe.	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.	P. DELMAS, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. RICHE.	MM. J. DELMAS.
GRYNFELT.	CABANNES.	RIMBAUD.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	ROGER.
LEENHARDT.	P. DELMAS.	ETIENNE.
GAUSSEL.	EUZIERE.	LISBONNE.

Examineurs de la thèse :

MM. TÊDENAT, professeur, <i>président</i> .	MM. DE ROUVILLE, professeur-adj.
FORGUE, professeur.	GALAVIELLE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

AUX MIENS ET A MES AMIS

P. DE LAROQUE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

P. DE LAROQUE.

AVANT-PROPOS

Ce n'est pas sans quelque appréhension que nous commençons ce travail, car nous prévoyons que des critiques pourront lui être adressées, dont la justesse ne saurait nous échapper. .

Et d'abord une thèse comme celle-ci, faite en temps de guerre, par un soldat, comportait peut-être un objet se rapportant à la guerre. Il est certain qu'un sujet de chirurgie de guerre par exemple eût pu paraître plus approprié que celui-ci aux circonstances et aux observations que nous avons pu faire pendant notre vie militaire.

En second lieu, rien dans ce travail, sauf pourtant les observations que nous y publions, n'a l'originalité qu'en d'autres temps nous eussions voulu donner à notre thèse.

Qu'on nous en excuse ! Mais depuis plus de deux ans que la guerre dure, nous avons toujours servi en première ligne et n'y avons eu ni le temps ni l'occasion d'y travailler de façon intéressante ou originale. Si nous avons quelque expérience de ce que sont les blessés au moment où ils viennent d'être frappés, si nous savons ce que sont les plaies récentes par éclats d'obus ou par balles, nous ignorons par contre — pour ne l'avoir jamais vu — ce que deviennent ces plaies, quelles interventions elles

nécessitent, et quelles indications chirurgicales chacune d'elle comporte.

Aussi avons-nous, dès le premier abord, abandonné l'idée d'une thèse de chirurgie de guerre et avons-nous accepté sans hésitation l'idée de ce travail que nous suggérait notre excellent ami le docteur Calloust, chargé, depuis la guerre, d'un important service de chirurgie à l'hôpital de la Conception.

Les observations qu'on lira par la suite ont toutes été prises dans son service par le docteur Calloust lui-même, qui a eu la bienveillance de nous les communiquer. L'une d'entre elles a été prise par nous-même, après que nous eussions aidé ce chirurgien à l'intervention.

Nous avons à cœur d'exprimer ici le sentiment de reconnaissance émue que nous éprouvons à l'égard de nos maîtres dans les hôpitaux de Marseille, et en particulier du professeur Aubert, dans le service duquel l'internat nous fut si fertile en enseignements ; du docteur Roux de Brignolles qui nous apprit, lorsque nous étions jeune externe, les premiers éléments de la chirurgie ; du professeur Laget, dans le service duquel nous fûmes successivement externe puis interne, et enfin du professeur Escat, qui toujours nous prodigua les marques de la plus bienveillante amitié.

Nous ne saurions passer, sous silence, dans cette énumération des reconnaissances que nous avons contractées durant notre vie d'étudiant, nos camarades d'internat. Nous avons rencontré parmi eux de véritables amis, et ce nous est un devoir agréable que de remercier plus particulièrement l'un d'eux, le docteur Calloust, de l'aide si cordiale et si franche qu'il nous a prêtée dans la confection de cette thèse.

A tous, nos maîtres et nos camarades des hôpitaux,

qui nous aidèrent de leurs conseils, de leurs enseignements et de leur influence, nous adressons ici l'expression de notre reconnaissance et de notre sincère amitié.

DE LA CHIRURGIE ACTUELLE

DES

KYSTES HYDATIQUES

NON COMPLIQUÉS, DU FOIE

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

Le traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie a subi une évolution considérable depuis le temps où il consistait surtout en topiques locaux, emplâtres, révulsifs et autres procédés illusoires. La ponction thérapeutique fut déjà une amélioration et traça la voie du chirurgien. La marsupialisation, qui vint ensuite, fut longtemps et peut être considérée, à l'heure actuelle, encore comme le seul traitement rationnel de l'échinococcose hydatique. Cependant, cette technique perd de plus en plus de ses adeptes ; il semble, en effet, paradoxal de vouloir maintenir ouverte une cavité dont le contenu est amicrobien, et il est des chirurgiens à qui la marsu-

pialisation d'un kyste hydatique répugne à l'égal de celle d'un kyste de l'ovaire.

L'extirpation ou l'énucléation du kyste ne sont possibles que dans certains cas exceptionnels. Et, seule, la fermeture simple du kyste, conception relativement récente de la chirurgie moderne, apparaît comme le procédé de choix, le procédé rationnel et brillant, donnant pleine satisfaction à l'esprit du chirurgien.

Il existe cependant bien des réserves à faire ! Et d'abord, si le liquide hydatique est amicrobien, il est indéniable que dans son milieu vit le parasite. On peut dès lors se demander si la fermeture simple, même précédée de l'injection d'une substance parasiticide, met aussi sûrement à l'abri des récidives que la marsupialisation.

En fait, la supériorité de l'une des deux techniques ne peut être tranchée que par l'observation de faits cliniques soigneusement colligés.

Un autre point qui doit attirer l'attention du praticien est la comparaison de la gravité respective de chacune des deux méthodes. Dans la statistique de Terrier et Auvray, comprenant 58 cas de réduction sans drainage, ces auteurs ne signalent qu'une mort, soit une léthalité de 1,72 pour 100. Vegas et Cranwel, dont l'expérience en matière de chirurgie des kystes hydatiques demeure prépondérante, et qui sont des partisans convaincus de la marsupialisation, donnent pour cette dernière une mortalité de 4,33 pour 100. Ce pourcentage élevé ne doit pas surprendre, la marsupialisation étant appliquée dans les cas les plus graves.

Nous verrons, ultérieurement, que la marsupialisation et la fermeture simple des kystes sont deux méthodes qui ne doivent pas être opposées l'une à l'autre. Chacune

d'entre elles conserve ses indications respectives, et il serait aussi illusoire de vouloir systématiser la fermeture simple du kyste, que de vouloir marsupialiser tous les kystes hydatiques.

CHAPITRE II

LA TECHNIQUE OPÉRATOIRE DES DIVERS PROCÉDÉS DE TRAITEMENT DES KYSTES HYDATIQUES DU FOIE

Cette étude comprendra une revue rapide des divers traitements chirurgicaux des kystes hydatiques du foie, mais sa partie principale aura trait surtout à la technique du traitement de ces kystes par la fermeture simple, avec ou sans drainage.

Le procédé de fermeture de la poche kystique avec drainage n'est en somme qu'une simple modalité du procédé de la suture simple, et ne peut être en aucune façon assimilé à la marsupialisation. Le drain — le plus souvent une sonde de Nélaton faisant fonction de soupape de sûreté — ne complique en effet en rien la technique. Il ne prolonge pas, comme le démontrent nos observations, la durée de la cicatrisation. Il assure l'écoulement à l'extérieur des exsudats qui s'épanchent dans la poche du kyste pendant les premiers jours qui suivent l'opération. Dans la très grande majorité des cas, il n'entraîne pas, après son ablation, la formation d'un trajet fistuleux, de telle sorte que l'on obtient par le drainage la guérison presque à aussi bon compte que par la fermeture simple sans drainage.

Nous n'avons pas l'intention de parler ici des voies chirurgicales d'accès du kyste. En règle générale, on incisera là où la tumeur proémine avec le plus de netteté. La clinique, aidée de l'examen radioscopique, tracera la voie au bistouri. Une question peut se poser à ce sujet : le clinicien est-il autorisé à opérer sur les seules données de la radioscopie et du Weinberg ? Il est bien difficile de répondre à une telle question : dans la majorité des cas, notre avis est qu'il faut s'abstenir.

Les soins préopératoires sont ceux de toute laparotomie. L'administration de chlorure de calcium pendant les jours qui précèdent l'intervention aurait pour effet de prévenir les hémorragies intra-kystiques. Le mode d'anesthésie a une importance certaine. Cranwel et Végas ont montré en effet que le poison hydatique a une action funeste sur la cellule hépatique qui, très fréquemment beaucoup plus qu'on ne le pensait autrefois est atteinte dans ses fonctions. Les contre-indications du chloroforme sont ici les mêmes que pour les autres interventions de la chirurgie hépatique. C'est à l'anesthésie par l'éther qu'il faudra avoir recours dans la grande majorité des cas.

L'incision de la paroi ne comporte rien de caractéristique. L'incision de Sprengel-Gosset est de beaucoup préférable dans les cas de kystes à évolution antérieure ; elle donne plus de jour sur la tumeur, permet une exploration attentive du foie et entraîne rarement l'éventration. Cette complication qui résulte le plus souvent de la suppuration est surtout fréquente — pour ne pas dire constante — après la marsupialisation.

La protection de la cavité péritonéale constitue le temps capital de l'acte opératoire. Elle doit précéder toute manœuvre d'extériorisation ou de ponction du

kyste. Cette protection se fait, comme habituellement, à l'aide de compresses intestinales que l'on peut imbiber à l'extérieur d'une solution de formaldéhyde au centième.

Lorsqu'on la juge suffisante, on procède à l'extériorisation du kyste qu'on reconnaît facilement à sa couleur blanche cireuse, et que l'on saisit au moyen de pinces de Kocher ou même de pinces de Morestin. On doit procéder dans cette manœuvre avec la plus grande prudence afin d'éviter de déchirer la paroi du kyste qui provoquerait l'écoulement du liquide.

La fixation du kyste est extrêmement importante ; elle empêche que la poche, une fois vidée de son contenu et rétractée, ne soit avalée dans la cavité abdominale.

L'extériorisation est impossible lorsque le kyste est intrahépatique et qu'il est recouvert d'une lame de parenchyme parfois assez épaisse. Dans ces cas, avant d'inciser le tissu parenchymateux, le mieux est de pratiquer une série de ponctions qui permettent de localiser de façon précise le siège de la tumeur.

Le dispositif imaginé par Quénu pour pratiquer l'aspiration du liquide échinococcique et injecter la solution parasiticide est d'une simplicité parfaite. Devé a montré qu'une solution de formaldéhyde à un centième, après un contact de cinq minutes avec les éléments hydatiques, stérilise complètement le liquide parasitaire. On adapte à la canule d'un trocart de l'appareil de Potain un tuyau de caoutchouc d'un calibre symétrique que l'on fixe au moyen d'un fil. Puis, à une petite distance, on perfore obliquement le tuyau de caoutchouc avec la pointe du trocart qu'on conduit ensuite dans sa gaine. A l'autre extrémité du tube, on fixe un entonnoir d'une contenance d'environ 300 grammes.

La ponction est pratiquée ; on retire légèrement le trocart, la canule demeurant dans la cavité du kyste. Le

contenu de ce dernier s'écoule et remonte dans l'entonnoir, par le seul fait de la pression intra-kystique. L'aide abaisse alors l'entonnoir, le liquide s'écoule immédiatement à l'extérieur.

Lorsque les précautions que nous avons indiquées ont été bien prises, il est impossible qu'il se produise d'ensemencement secondaire, surtout lorsque les compresses protectrices ont été imbibées de la solution parasiticide.

Parfois, l'écoulement du liquide s'arrête. Il suffit alors de déplacer le trocart, de l'enfoncer plus profondément dans la poche ou, au contraire, de le retirer légèrement. Ce fait s'observe surtout, lorsque la poche se vide ou qu'une vésicule vient obstruer la lumière du trocart. Il est possible de vider ainsi complètement le contenu du kyste, et dans aucune des observations que nous publions, on n'a eu besoin d'avoir recours à l'aspiration.

Dès que le kyste a été vidé de son contenu, il faut procéder à l'injection du liquide stérilisant. Pour cela, l'aide relève l'entonnoir, on verse dans ce dernier et on injecte par suite dans le kyste une quantité de solution parasiticide équivalente à la quantité de liquide retiré. On laisse cette solution au contact pendant cinq minutes, on la retire et on enlève le trocart.

Il s'agit alors d'ouvrir le kyste et de le vider de son contenu solide en même temps que de l'excès de liquide. Une fois la membrane périkystique incisée, on extrait la membrane germinative reconnaissable à sa teinte nacrée. Certaines précautions sont à prendre dans ce temps opératoire : la manœuvre doit être délicate, on risquerait sinon de déchirer la membrane germinative, surtout si celle-ci était, comme il arrive souvent, bourrée de vésicules filles. Les risques d'ensemencement sont nuls, la solution for-

molée ayant tué, pendant son séjour dans la cavité kystique, le germe parasitaire et ses rejetons.

Il arrive parfois que la ponction est blanche ; d'autres fois, le liquide s'écoule en très petite quantité. C'est ici qu'il ne faudra point perdre son temps à vouloir tout de même extraire le liquide hydatique : la cavité est surtout remplie par des vésicules filles. La solution formolée sera dans ce cas injectée d'emblée, et l'on procédera comme tantôt.

La poche une fois vidée de tout son contenu, on procède à son asséchement au moyen de tampons montés sur des pinces et imbibés de solution parasiticide.

Il est nécessaire d'examiner soigneusement les parois ; on y remarquera parfois une voussure mamelonnée ; il s'agit le plus souvent d'un kyste adjacent qui fait saillie dans la poche.

Une fois le kyste traité comme nous venons de l'indiquer, on pourra choisir entre plusieurs façons d'agir :

Et d'abord la fermeture complète de la poche du kyste, avec ou sans excision de la partie débordante de la membrane adventice. Cette méthode opératoire fut appliquée pour la première fois, en 1883, par le chirurgien anglais Knowsley Thornton. Après lui, Bond, en 1891, décrivit complètement la technique de ce procédé, qu'on a nommé quelquefois depuis procédé de Thornton-Bond.

En France, Pierre Delbet proposa, de son côté, cette opération à l'Académie de médecine (18 février et 28 mai 1896), en y ajoutant un perfectionnement, le capitonnage des parois de la poche. Delbet ignorait d'ailleurs, à cette époque, les travaux de ses prédécesseurs. Nous reviendrons, tout à l'heure, sur la technique du capitonnage.

La fermeture complète de la poche kystique doit être étanche. Elle s'effectue par points séparés, ou mieux, au moyen d'un surjet. On utilise une aiguille fine, du fil de lin, et l'on enfouit à la Lembert les lèvres de l'incision de la poche. Le kyste est alors réduit dans la cavité abdominale où on l'abandonne.

Nous verrons, à propos des suites opératoires de ce procédé, qu'il existe une série de complications de gravité variable et contre lesquelles le chirurgien doit être armé. C'est dans l'intention de lutter avec plus de facilité contre ces incidents post-opératoires que nous conseillons certaines précautions qui, au surplus, ne compliquent en rien la technique primitive du procédé de Bond et de Pierre Delbet.

Lorsqu'un épanchement se produit, après l'intervention, dans la poche du kyste, le praticien est obligé, quelle que soit la nature de cet épanchement, de réintervenir. Dans le cas où le kyste aura été réduit sans précaution, cette intervention sera une nouvelle laparotomie. Aussi, M. Quénu conseille-t-il de laisser une certaine longueur aux chefs initial et terminal du surjet de suture de la poche. Ces chefs sont transfixés dans la paroi musculo-aponévrotique, de telle sorte que la cavité est à fleur de peau et que, s'il survient un incident post-opératoire, il n'est point nécessaire de pratiquer une nouvelle opération sérieuse. Le traitement de l'épanchement peut se faire par ponction simple, et les risques de contamination sont d'autant plus réduits qu'il existe des adhérences protectrices entre le kyste et la paroi.

Un second détail de technique sur lequel il convient d'insister est la mise à demeure d'une sonde Nélaton n° 16. Il se produit très fréquemment, à la suite de l'intervention, un épanchement séro-hématique, aseptique,

dans la cavité du kyste. La sonde en assure l'écoulement.

Au bout de deux ou trois jours, on peut retirer le drain qui a rempli sa fonction. Dans toutes les observations qu'on trouvera ci-après, la guérison de la plaie a été, malgré la présence du drain, obtenue *per primam*.

A côté de la réduction simple avec suture, nous signalerons les procédés :

1° De réduction de la poche sans suture.

2° De réduction avec capitonnage et suture.

La réduction de la poche sans suture est un procédé né en Australie avec les chirurgiens Syme, Ryan, Moore, Duncan. Abandonnée à l'heure actuelle, cette méthode fut reprise par Marion et Mabit, qui y ajoutèrent la résection large des parties en saillie de la poche kystique.

La réduction après capitonnage et suture, encore appelée procédé de Delbet, a pour but de diminuer l'éten due de la cavité et de favoriser l'accolement des parois du kyste.

Pierre Delbet étage une série de fils circulaires qu'il faufile dans la paroi de la membrane adventice, l'aiguille cheminant longuement dans la paroi. On noue ensuite ces fils au nombre de trois ou quatre, déterminant ainsi l'accolement des parois et supprimant la cavité kystique. Les tranches de section de la poche sont ensuite suturées comme précédemment.

Cette technique offre certaines difficultés opératoires, surtout dans les cas de kystes peu accessibles. Outre qu'elle allonge l'intervention, elle fait courir un danger sérieux aux vaisseaux sanguins et biliaires qui cheminent dans le tissu hépatique et le long des parois de la membrane adventice. Delbet insiste d'ailleurs sur ce fait que l'opérateur ne doit jamais faire cheminer le fil à

travers une trop grande épaisseur de parenchyme. Les risques n'en existent pas moins.

Et, d'ailleurs, le capitonnage est-il absolument indispensable ? Nous ne le croyons pas, car l'accolement des parois du kyste se produit presque toujours spontanément, sous l'influence de l'élasticité du parenchyme hépatique, et de la pression abdominale. Le capitonnage est donc le plus souvent inutile, il allonge l'opération, et il risque, par les lésions angio-vasculaires qu'il peut produire, d'aller à l'encontre du but que se proposait son auteur.

La suture simple du kyste, après formolage, doit être considérée comme le procédé de choix du traitement opératoire du kyste hydatique du foie.

A côté de ce procédé type, on peut signaler quelques méthodes exceptionnelles de traitement opératoire des kystes, telles que l'énucléation et l'extirpation. Pour que l'extirpation soit possible, il faut que le kyste soit pédiculé ou qu'il se développe dans un organe dont l'ablation n'amène aucun trouble grave. C'est ainsi qu'elle est indiquée dans les cas de kystes hydatiques du grand épiploon. La surface de section du pédicule peut être enfouie et réduite dans le ventre ou fixée dans la plaie.

L'énucléation en plein parenchyme d'un kyste hydatique entraîne souvent des difficultés considérables. Les dangers de déchirures vasculaires et de canaux biliaires sont extrêmement sérieux. L'extirpation de la membrane adventice seule est impossible, ses adhérences avec le tissu hépatique étant trop intimes et aggravées par la cirrhose assez fréquente. L'énucléation est donc une intervention traumatisante extrêmement hémorragique. Elle est actuellement abandonnée. Cependant Mych, de

Tomsk, a pratiqué récemment, pour un kyste alvéolaire du foie, une résection de la tumeur et du segment correspondant du foie. Après suture de la plaie hépatique, Mych essaya, mais sans succès, de suturer de l'épiploon libre à la surface de la plaie hépatique. Tamponnement de la plaie. Guérison sans incident.

Il nous reste enfin à décrire la technique de la marsupialisation, encore appelée procédé de Lindemann-Landau. Elle fut pratiquée pour la première fois par Lindemann en 1871. Landau perfectionna le procédé en y ajoutant la ponction aspiratrice et l'excision d'une partie de la paroi antérieure de la poche.

L'intervention ne diffère en rien des opérations pour bouches stomacales ou intestinales. On fixe, au moyen de points de suture, les parois du kyste ou du parenchyme hépatique du péritoine pariétal.

La marsupialisation est à fixation dernière lorsque l'ouverture du kyste n'est abouchée à la peau qu'à la fin de l'acte opératoire. Dans la marsupialisation à fixation première, les parois du kyste sont fixées à la paroi abdominale avant d'être incisées.

Une fois l'ouverture pratiquée, on introduit dans la cavité deux gros drains qui assurent l'écoulement des épanchements ainsi que celui des débris de la vésicule mère et des vésicules filles.

CHAPITRE III

SUITES OPÉRATOIRES

Nous publierons au début de ce chapitre une statistique relativement récente et qui a trait aux résultats opératoires observés pendant treize années, de septembre 1897 à septembre 1910, à la clinique de Dollinger. Pendant cette période, 41 malades atteints de kystes hydatiques du foie y ont été vus ; 33 y ont subi des opérations diverses qui se répartissent comme suit :

4 ouvertures simples de kystes suppurés.

7 ouvertures en deux temps de kystes non suppurés (méthode de Volkmann).

14 marsupialisations (méthode de Landau).

6 ouvertures de kyste avec résection des huitième et dixième cartilages costaux (méthode de Lannelongue).

1 extirpation du kyste avec suture.

1 opération par voie transpleurale.

1 ponction avec injection de sublimé (méthode de Bacelli), qui fut suivie de récurrence.

Les résultats de ces opérations sont loin d'être brillants : 5 des 33 opérés sont morts, soit une léthalité de 18 pour cent.

Parmi les survivants, 14 conservaient une fistule au bout de deux mois. Le trajet a fini par se fermer au bout d'un laps de temps variant de onze semaines à quatre ans. Trois malades conservaient encore leur fistule après sept mois, deux ans et sept ans.

Dans 9 cas, on a noté, après l'intervention, de la cholerragie, et ces malades ont été traités avec succès par le simple tamponnement.

Les suites opératoires du traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie peuvent être simples, c'est-à-dire que la guérison peut s'obtenir au bout de quinze à vingt jours. C'est à peu près la règle dans la méthode de réduction avec suture.

La guérison est beaucoup plus longue dans les cas traités par la marsupialisation.

Quelquefois, des complications surviennent, sans que la technique employée puisse être incriminée. Ce sont ces complications dont nous allons rapidement esquisser l'étude : complications d'ordre local et accidents d'intoxication générale.

Par complications d'ordre local, nous n'entendons pas la suppuration de la paroi que l'on ne devrait jamais constater, ni l'éventration. Les complications que nous avons en vue sont les épanchements qui se produisent dans la poche évacuée du kyste.

L'épanchement gazeux n'est pas, à proprement parler, un épanchement. Il résulte de la pénétration au cours de l'intervention de l'air atmosphérique dans la cavité. C'est une complication peu redoutable et qui force rarement la main du chirurgien. Le véritable épanchement gazeux est d'ordre infectieux : il se développe sous l'influence d'agents microbiens anaérobies et diffère com-

plètement par sa pathogénie de la pneumatose hydatique post opératoire.

L'hémorragie intra-kystique, quoique rare, est une complication beaucoup plus redoutable que la précédente. Il est cependant rare qu'elle soit mortelle. Elle survient surtout à la suite de la marsupialisation et peut être minime. La poche se cicatrisant par bourgeonnement, elle peut provenir des simples bourgeons charnus qui tapissent la paroi. D'autres fois, elle est la conséquence de la rupture d'un gros vaisseau sanguin périkystique ; elle est alors soit primitive et suit de peu l'intervention, soit secondaire et tardive ; l'infection est alors seule à incriminer.

Dans le premier cas, le tamponnement vient à bout de l'hémorragie. Dans le second, l'antisepsie parera au danger.

La cholerragie est l'issue de la bile dans la poche kystique, puis son écoulement à l'extérieur, à la suite de la rupture d'un canalicule biliaire.

Contrairement à l'opinion trop optimiste de Schwartz, Végas et Cranwell considèrent que la cholerragie complique la grande majorité des kystes marsupialisés. Telle est aussi l'opinion de Landau et de Korte.

On peut distinguer, avec Terrier et Dujarier :

1° La cholerragie partielle, de beaucoup la plus fréquente.

2° La cholerragie totale, moins fréquente, au cours de laquelle toute la bile s'écoule à l'extérieur, entraînant une décoloration complète des fèces.

Parfois, la cholerragie existait avant l'intervention ; on observe dans ce cas la coloration du liquide hydatique par un épanchement bilieux. Le docteur Calloust a opéré récemment une jeune femme entrée à l'hôpital pour des

phénomènes péritonéaux suraigus. A l'incision de l'abdomen, un liquide citrin fit issue, en même temps que la membrane germinative était extraite. Il persiste depuis une fistule par où s'écoule de la bouillie biliaire ; les matières restent colorées.

Dans la cholerragie totale, les matières sont complètement décolorées ; l'amaigrissement du sujet est rapide et extrême.

La durée de la cholerragie est en rapport avec son abondance ; plus l'issue de bile est abondante, plus elle est longue à se tarir. Le docteur Piéri nous a signalé le cas d'une malade qu'il avait opéré d'un kyste hydatique, et chez laquelle la cholerragie, qui était totale, ne s'était arrêtée qu'au bout d'un an. La malade était arrivée à un degré de cachexie extrême, mais guérit pourtant. Dans l'observation V qu'on trouvera ci-après, la cholerragie était totale, la décoloration des fèces absolue. La fistule ne se tarit qu'au bout de quatre mois. L'amaigrissement de l'enfant était devenu effrayant.

La cholerragie totale est parfois sujette à certaines variations. On observe parfois que la quantité de bile épanchée diminue dans des proportions notables. Ce phénomène s'explique soit par l'écoulement intermittent de bile dans l'intestin, soit par la rétention.

Les signes qui précèdent la cholerragie sont extrêmement capricieux. On note de l'inappétence, une sensation d'amertume sur la langue ; la température s'élève. On note parfois l'ictère, comme nous l'avons fait dans notre observation V. Le malade présente de la constipation, en même temps que la douleur devient plus nette au niveau de la région opératoire, et que se développe une tumeur fluctuante lorsque le kyste a été réduit après suture. La bile ne tarde pas à faire issue, soit spontanément au

niveau de la cicatrice, soit à la suite d'une nouvelle intervention.

La cholerragie, lorsqu'elle est totale, amène un état d'amaigrissement surprenant et extrêmement rapide, les malades deviennent de véritables squelettes. Cet amaigrissement est surtout frappant au niveau de la face ; les yeux s'excavent, les pommettes font saillie.

Il est difficile d'affirmer que la technique employée peut être incriminée dans la production de la cholerragie. Malgré l'observation V que nous publions, et où la cholerragie survint après la réduction du kyste suppurée, il semble que cette complication soit plus fréquente après la marsupialisation.

Au point de vue étiologique, on peut invoquer deux ordres de causes à la cholerragie :

1° Le traumatisme.

2° L'infection.

Le traumatisme peut être dû à des manœuvres opératoires brutales. Il peut résulter de pansements mal faits.

L'infection peut avoir pour point d'origine les canalicules biliaires. D'autres fois, c'est la suppuration de la poche qui finit par gagner un canalicule biliaire et l'ulcérer. L'angiocholite et la suppuration du kyste : telles sont les deux causes de l'effraction des voies biliaires intra et extra-hépatiques dans le kyste.

Trois théories sont en présence qui expliquent les communications du kyste avec les voies biliaires :

1° La théorie de Landau qui met en cause l'élimination de la coque conjonctive. Cette élimination existe parfois dans les kystes suppurés avant l'opération. D'où la cholerragie précoce.

2° La théorie de Wechselmann est basée sur les constatations de la présence d'un riche vaisseau de canali-

cules biliaires, situé à l'intérieur de la coque conjonctive. Le kyste amène par compression la rétrodilataion des voies biliaires. Après l'évacuation, celles-ci éclatent, d'où cholerragie *a vacuo*.

3° Pour Genzmer, la rupture des voies biliaires serait due au développement des hydatides à l'intérieur de celle-ci.

Un des principaux avantages de la technique par réduction et suture du kyste est d'éviter la cholerragie dans la plupart des cas.

Avec quelles armes le chirurgien pourra-t-il lutter avantageusement contre cette complication redoutable ?

Le procédé le plus simple est le tamponnement de la poche. Il est de toute nécessité, lorsqu'on l'emploie, de surveiller la température et la rétention septique.

L'abouchement du canal hépatique dans le duodénum, la cholécisto-entérostomie ont été conseillés dans les cas de cholerragie totale. Mais il s'agit là d'opérations graves et que ne peuvent pas supporter des malades profondément débilisés.

On peut agir à moins de frais par des moyens purement médicaux, c'est-à-dire par l'opothérapie hépatique. Parmi les préparations à préconiser, nous conseillons volontiers la panbiline, extrait de sels biliaires, dont nous avons constaté, comme on le verra dans notre observation V, l'action rapide et énergique. Une dernière complication est la suppuration. Nous ne voulons pas parler de la suppuration qui est la suite opératoire normale de la marsupialisation, mais de celle se produisant dans un kyste opéré par réduction ou suture.

La suppuration est précoce et tardive ; elle reconnaît une origine exogène ou endogène. Avec l'asepsie actuelle,

il est rare que la première de ces deux dernières éventualités se réalise.

La suppuration se produit le plus souvent pendant le premier mois, mais on peut l'observer quelquefois beaucoup plus tardivement. Elle n'a pour ainsi dire jamais de suites fâcheuses, et la mort par rupture de la poche suppurée dans le péritoine est exceptionnelle.

Lorsque l'infection se produit, elle est, en général, très atténuée. Il vaut alors mieux, ainsi que l'a conseillé Quénu, recourir à la ponction simple. On peut aussi, pour éviter les suites prolongées de la marsupialisation secondaire, ne désunir la suture qu'en un point et introduire un petit drain dans l'orifice. On ne nuit pas ainsi à la rapidité et aux avantages de la réunion primitive.

Nous venons d'esquisser rapidement l'étude des suites opératoires des divers traitements des kystes hydatiques.

A côté des complications d'ordre local, nous ne saurions passer sous silence l'intoxication hydatique post-opératoire, étudiée par Devé.

On peut, avec ce dernier, distinguer, au point de vue séméiologique :

a) Une forme bénigne au cours de laquelle on observe de l'urticaire et une élévation de la température, qui se produisait presque toujours d'emblée. Des troubles respiratoires font leur apparition : dyspnée, cyanose, toux, signes de bronchite. Nous avons observé nous-même ces phénomènes chez une femme opérée de kyste hydatique du foie, sans pourtant les rattacher à leur cause réelle. On note parfois quelques phénomènes nerveux : abattement, agitation, cauchemars.

b) Une forme grave. Les accidents de collapsus et les phénomènes syncopaux dominent la scène. Les trou-

bles respiratoires : oppression, dyspnée intense, avec état asphyxique, sont d'autres fois prédominants.

e) Dans la forme mortelle, la symptomatologie est la même. La mort peut survenir dès les premières vingt-quatre heures.

Suivant la prédominance de telles ou telles manifestations morbides, Devé distingue une forme fébrile, une forme adynamique, une forme péritonéale, une forme pulmonaire et une forme nerveuse.

La méthode de réduction sans drainage n'expose pas plus que la marsupialisation à l'éclosion de ces accidents. Le formolage ne peut pas empêcher l'apparition de l'intoxication hydatique.

Le professeur Chauffard a mis ces phénomènes sur le compte de l'anaphylaxie. Tout porteur de kyste hydatique est sensibilisé par l'imprégnation toxi-hydatique, par dialyse lente des poisons échinococciques à travers la paroi vésiculaire intacte.

Il existe deux réactions biologiques traduisant cette imprégnation toxique : l'éosinophilie sanguine et la déviation du complément.

La thérapeutique des accidents toxi-hydatiques est symptomatique. Bryant soutient que l'atropine est le véritable antidote du poison échinococcique. Netter a obtenu dans la prophylaxie des accidents d'anaphylaxie de bons résultats avec le chlorure de calcium.

CHAPITRE IV

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

Nous venons de voir qu'il ne reste actuellement que deux méthodes de traitement des kystes hydatiques du foie : la marsupialisation et la réduction du kyste avec suture. Quelles sont les indications et les contre-indications de chacune d'entre elles ?

Si la réduction avec suture a paru dès l'abord une méthode brillante, elle n'en a pas moins, à l'heure actuelle, de nombreux détracteurs. Des chirurgiens comme Végas et Cranwel l'ont complètement abandonnée.

On peut reprocher à cette méthode :

- 1^o De favoriser les récidives ;
- 2^o D'empêcher l'évacuation d'un second kyste inconnu ;
- 3^o De ne pas éviter à coup sûr la cholerragie ;
- 4^o De permettre la péritonite par infection d'origine biliaire du liquide transsudé.

Ces critiques sont, à notre avis, d'ordre plus théorique que pratique. Rien n'est, en effet, moins prouvé que la technique de Bond favorise les récidives. La formolisation du kyste, faite avec soin, stérilise complètement

le liquide échinococcique, surtout si l'on a soin d'enlever complètement la membrane germinative et les vésicules, de déterger les parois de la poche, d'extraire en un mot les germes qui pourraient donner lieu à une récurrence.

Il est difficile par ailleurs de méconnaître un second kyste. La laparotomie large permet en effet une exploration minutieuse du foie. S'il existait un kyste adjacent faisant saillie dans la poche, il serait ponctionné et traité comme nous l'avons indiqué.

Enfin, la péritonite résultant de la rupture d'un kyste traité par la réduction avec suture est exceptionnelle. En cas d'épanchement, il se forme des adhérences très solides qui fixent la poche à la cicatrice. Le liquide sécrété — bile ou pus — a tendance à s'éliminer par la cicatrice, et l'on interviendra d'ailleurs avant que pareille issue ne se produise.

Nous pouvons conclure que la méthode de choix, dans le traitement des kystes hydatiques du foie non suppurés, consiste dans l'incision suivie de l'extraction de la vésicule mère et de la suture du kyste avec réduction sans drainage.

Cette méthode a été appliquée aux diverses variétés de kystes du foie, quels qu'en soient le volume et le siège. Elle est applicable même s'il existe une fistule biliaire, car il est facile de faire la suture de cette fistule avant de fermer le kyste. Nous conseillons volontiers dans ces cas suspects la mise en place après suture d'un drain fin, qui pare à toute menace d'épanchement. C'est un drain d'attente qu'on supprime au bout de quarante-huit heures et qui ne provoque jamais de fistule.

Il est recommandable de faire une suture étanche du kyste. L'adventice sera suturée avec soin ; on consolidera la suture par des points à la Lembert. Il est inutile

de faire une résection partielle de la poche kystique, sauf lorsque celle-ci a été déchirée au cours de l'intervention.

En ce qui concerne la fixation de la poche à la paroi abdominale, il faut l'assurer par un ou plusieurs points de catgut. Cette fixation est destinée à faciliter la ponction et la réouverture du kyste lorsqu'il se produit un épanchement secondaire. Delbet n'est pas partisan de cette précaution. Selon lui, elle est mauvaise parce qu'elle fixe des organes en situation anormale et provoque des tiraillements douloureux au niveau de la cicatrice abdominale. Elle est nuisible en ce sens qu'elle paraît favoriser l'épanchement intra-kystique secondaire, ainsi que le démontre la statistique suivante.

Après fixation, épanchement dans 37 pour cent des cas. Sans fixation, épanchement dans 15 pour cent des cas seulement.

Les qualités qui assurent la supériorité de la méthode de réduction après suture du kyste sont sa bénignité, sa rapidité d'exécution, son efficacité, la perfection de la guérison.

Il existe cependant des cas où cette méthode ne saurait être employée.

La suppuration du kyste est une contre-indication formelle de la méthode par réduction et suture. Toutes les fois que, chez un malade atteint de kyste hydatique du foie, on constate de l'élévation de la température, des phénomènes douloureux, de l'ictère, et que l'intervention confirme la présence de pus dans le liquide, c'est à la marsupialisation qu'on aura recours. On procédera comme s'il s'agissait d'un abcès du foie.

De même, dans les cas de kystes hydatiques rompus

dans les voies biliaires, on marsupialisera et on ajoutera à cette intervention le drainage de l'hépatique.

La marsupialisation est à préconiser toutes les fois qu'il y a rupture du kyste dans une cavité naturelle, plèvre, péritoine.

Il est des kystes qui, par leur situation profonde, ne permettent pas l'extraction totale de la vésicule mère et des vésicules filles. La marsupialisation est ici encore à conseiller. Pendant les jours qui suivent l'intervention, on voit s'écouler par l'orifice des portions parfois considérables de la membrane germinative. On appliquera la même méthode dans les cas de kystes hydatiques bourrés de vésicules filles, quand on ne sera pas assuré de pouvoir éliminer tous les germes.

Telles sont, rapidement signalées, les courtes indications de la méthode de Bond. A part ces quelques exceptions, nous estimons que la méthode de choix, dans le traitement des kystes hydatiques du foie, consiste dans l'incision, suivie de l'extraction de la vésicule mère, et de la suture du kyste avec réduction.

CHAPITRE V

CONCLUSIONS

I. La technique de Bond dans le traitement des kystes hydatiques non suppurés du foie paraît, à l'heure actuelle, indiquée dans la très grande majorité des cas.

II. C'est une technique simple, dont les temps opératoires sont très nets et le plus souvent faciles à exécuter.

III. Les suites opératoires en sont bonnes. La guérison est la règle au bout d'un laps de temps variant de quinze jours à trois semaines. Les complications post-opératoires sont rares. La cholerragie, la suppuration, l'intoxication hydatique s'observent moins fréquemment dans les cas traités par cette méthode que dans ceux traités par d'autres procédés.

IV. Les contre-indications de la technique de Bond sont rares. La suppuration du kyste est la seule importante.

CHAPITRE VI

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

(Observation et opération du docteur Calloust.)

D. . Fanny, 9 ans. Entrée au pavillon Vidal le 10 septembre 1915.

L'histoire de la maladie remonte à six mois environ. Les parents se sont aperçus de l'existence d'une tumeur siégeant au niveau du rebord costal droit. La petite malade est examinée par un médecin qui pense à une déviation rachitique du thorax.

A l'examen, on constate l'existence d'une voussure dépassant de quatre travers de doigt le rebord costal droit. Cette voussure est indolore, la consistance est rénitente, avec fluctuation profonde.

Pas de frémissement hydatique. La malade présente un état général satisfaisant. On ne trouve pas de signes de Dieulafoy. Seule une légère inappétence est notée : il n'y a aucun dégoût des viandes et des graisses. La petite malade n'a jamais eu d'urticaire. Les autres organes sont sains.

On ne fait aucune recherche de laboratoire, pas plus que la réaction de Wassermann.

On porte le diagnostic de kyste hydatique du foie, à siège antéro-supérieur.

Opération le 13 septembre. On fait une incision transversale de Sprengel-Gosset de 7 centimètres environ.

On incise la gaine antérieure du grand droit, puis le muscle, le fascia transversalis et le péritoine. On tombe sur une poche de coloration blanche cireuse. On pratique la protection parfaite du champ opératoire, et on extériorise en partie la tumeur au moyen d'une pince de Morestin. On ponctionne la poche avec l'outillage de Quénu.

On retire une quantité d'environ 100 centimètres cubes d'un liquide clair et transparent qu'on remplace par une quantité égale de solution formolée au centième. On laisse séjourner la solution pendant dix minutes dans la poche, puis on vide cette dernière.

Sur le trocart, on incise alors la poche que l'on amarre extérieurement. Au moyen d'une pince, on extrait la vésicule hydatique. On ne trouve ni vésicules filles, ni vésicules petites-filles.

Il est à noter que la poche kystique ne présente aucune adhérence, ni avec les organes voisins, ni avec le péritoine pariétal. La vésicule que l'on a retirée est du volume d'une grosse orange : au microscope, le liquide hydatique présente du sable échinococcique, des capsules prolifères et des scolex.

La cavité, touchée avec la solution de formol au centième, est asséchée.

Le liquide a été évacué par simple siphonage au moyen de l'entonnoir, sans qu'on ait besoin de recourir à l'aspiration. La poche est refermée par un surjet à Lembert,

avec éversion des lèvres de l'incision dans la poche. Elle n'est pas fixée à la paroi, mais est abandonnée dans la cavité abdominale.

On ferme la paroi au fil d'argent.

Les suites opératoires sont parfaites. La température ne dépasse pas 38°1 pendant les deux jours qui suivent l'opération. Il se produit une légère réaction péritonéale se traduisant par un peu de météorisme, de la constipation et des coliques.

Les fils d'argent sont enlevés le quinzième jour. La fillette sort complètement guérie le 4 octobre.

Nous l'avons revue trois mois plus tard, très bien portante et sans éventration au niveau de la cicatrice.

OBSERVATION II

(Observation personnelle — Opération : Docteur Calloust.)

R... Micheline, 7 ans. Entrée au pavillon Vidal le 12 octobre 1916.

La petite malade n'offre pas d'histoire particulière. La mère raconte que l'enfant avait un chien avec lequel elle jouait souvent. Les parents s'aperçoivent tout d'un coup de l'existence d'une tuméfaction du ventre ayant envahi toute la région sus-ombilicale. On note seulement quelques vagues troubles dyspeptiques.

A l'examen, on constate l'existence d'une tumeur globuleuse sphérique, de consistance égale, siégeant au-dessous du rebord costal droit, et dont la matité se confond avec celle du foie. Cette tumeur ne dépasse pas la ligne médiane, au niveau de laquelle existe une zone tympanique, qui la sépare d'une autre tumeur dépassant

de cinq travers de doigt le rebord costal gauche. Cette seconde tumeur affecte la forme d'une rate hypertrophiée. On sent nettement le bord antéro-interne de la rate.

Il existe au niveau de ces deux tumeurs contiguës une fluctuation profonde très nette, sans frémissement hydatique. Le signe de Chauffard (ballotement transthoracique) est négatif. Il n'existe aucun autre signe thoracique.

Les signes de Dieulafoy sont absents. On n'a jamais constaté d'ictère, et pendant les jours qui précèdent l'opération, l'apyrexie est absolue.

On porte le diagnostic de kyste hydatique double du foie et de la rate.

L'opération a lieu le 17 octobre.

Tumeur hépatique. On pratique la laparotomie transversale. La technique est la même que d'ordinaire. On note un détail technique spécial : la poche est refermée en laissant un orifice suffisant pour permettre l'introduction d'une sonde de Nélaton n° 12.

Les suites opératoires sont normales ; la sonde de Nélaton est enlevée au bout de quarante-huit heures, sans qu'elle ait donné issue à un autre liquide qu'à quelques gouttes de sérosité. La plaie se cicatrise par première intention.

Tumeur splénique. Celle-ci est abordée dans le même temps que la tumeur hépatique. On pratique une incision de dix centimètres environ, on incise la gaine antérieure du grand droit, le muscle, le fascia transversalis et le péritoine, et on tombe sur le tissu splénique, sur la face antéro-externe de la rate.

On enfonce le trocart en plein tissu splénique, et ce

n'est qu'après l'avoir fait pénétrer d'une dizaine de centimètres qu'on a une issue de liquide.

On procède à la formolisation et au vidage du kyste. Dans les manœuvres qu'on accomplit pour inciser la poche, on sectionne presque complètement la rate. La poche est en effet située très profondément, au niveau de la face postéro-interne de la rate. Ce temps est très laborieux : l'accès de la poche paraissant impossible, on suture la rate et on prolonge l'incision abdominale parallèlement au bord costal. On extériorise alors la rate. On hésite un moment à faire la splénectomie, mais devant la gravité de cette intervention, on pratique le traitement conservateur.

L'incision agrandie permet de découvrir la poche dont un prolongement s'étend presque sous le diaphragme.

La poche ainsi découverte est extériorisée. On la fixe à la paroi et on l'incise. La membrane hydatique est morcelée sans qu'on puisse l'extraire en entier. On met un gros drain dans la poche ainsi fixée et on suture la paroi en trois plans : péritoine, gaine antérieure du grand droit, peau.

Malgré cette intervention à choc opératoire considérable, les suites opératoires sont normales. Aucune température, aucune réaction péritonéale.

Dans les jours qui suivent l'intervention, il s'écoule par le drain des débris assez volumineux de la vésicule mère.

On enlève le drain au vingt-cinquième jour. Le 3 décembre, il existe encore une fistule suppurante.

OBSERVATION III

(Intervention et observation du docteur Calloust.)

A.... (Mathilde), trente-huit ans. Entrée le 10 septembre 1916.

Cette malade nous est adressée pour tumeur de l'hypocondre droit. L'histoire de la maladie remonte à deux ans. La malade s'est aperçue de l'existence d'une tumeur indolore, siégeant sous le rebord costal. Elle a été examinée par un médecin, qui a pensé à un fibrome de la paroi.

A l'examen, cette malade, qui a un état général parfait, présente une voussure de l'hypocondre droit. Au palper, on perçoit une tumeur ligueuse extrêmement mobile, indolore, mate, à la surface de laquelle on sent des noyaux durs, de consistance fibreuse. On pense d'abord à une vésicule biliaire calculeuse à rétention, mais l'absence de tout antécédent lithiasique, l'indolence de la tumeur, font éliminer ce diagnostic.

Cette tumeur ballotte et a un contact lombaire très net. Le cathétérisme de l'uretère négatif fait éliminer l'hypothèse d'une affection rénale. L'examen radiographique est négatif. Il en est de même de celui de l'appareil génital. Il n'existe aucun signe fonctionnel.

En procédant par élimination, nous portons le diagnostic de kyste hydatique du foie.

L'intervention a lieu le 17 septembre. La technique employée est la même qu'à l'ordinaire. Incision de Spengel-Gosset, formolage et vidage de la cavité kystique. Incision de celle-ci, puis suture et introduction d'une sonde de Nélaton n° 16.

On ne fixe pas la poche à la paroi

Sutures en trois plans.

La guérison a lieu par première intention, malgré la présence du drain. La malade sort guérie au dix-huitième jour.

Nous l'avons revue depuis, parfaitement guérie et sans éventration.

OBSERVATION IV

(Observation et intervention du docteur Calloust.)

P.... (Rose), onze ans. Entrée au pavillon Vidal, le 28 septembre 1916.

L'enfant nous est adressée pour kyste hydatique du foie, siégeant au niveau de la face antéro-supérieure.

Les anamnestiques sont extrêmement vagues ; les parents se sont aperçus brusquement de l'existence de la tumeur. L'état général est bon.

L'examen montre une tumeur irrégulière, bossuée, de la grosseur d'une orange, à consistance rénitente, disparaissant sous le rebord costal droit.

L'opération a lieu le 30 septembre 1916. Technique habituelle, introduction d'une sonde de Nélaton n° 9. Aucun incident opératoire.

Les suites opératoires sont normales, et l'enfant sort complètement guérie, le 15 octobre 1916, après être restée dix-sept jours à l'hôpital.

OBSERVATION V

(Observation du docteur Calloust.)

C.... (Joseph), onze ans, entré au pavillon Vidal, le 3 février 1916.

L'enfant nous est adressé par M. le professeur d'Astros, professeur de clinique médicale infantile. Les parents se sont aperçus du début de la maladie, qui a commencé par une tuméfaction de l'hypocondre droit remontant à trois ans.

L'enfant est vu par un médecin, qui pense à une affection médicale du foie et contre-indique toute intervention.

Le professeur d'Astros nous l'adresse avec le diagnostic de kyste hydatique du foie vraisemblable.

L'enfant entre à l'hôpital les premiers jours de février 1916. Il s'agit d'un garçon plutôt chétif, malingre. Il présente une voussure de tout l'hypocondre droit, dépassant la ligne médiane.

On constate, en même temps, un réseau veineux très développé à la base du thorax.

La palpation permet de déceler un foie descendant jusqu'à l'ombilic et dont on sent très nettement le bord antérieur. On constate de la rénitence avec fluctuation profonde. La tumeur est mate.

L'examen de la région lombaire droite permet de déceler à ce niveau une deuxième saillie volumineuse.

L'examen du petit malade confirme le diagnostic de M. le professeur d'Astros : double kyste hydatique du foie, de la face antéro-supérieure et de la face postéro-inférieure, faisant saillie dans la région lombaire droite.

L'enfant, mis en observation pendant quelques jours, présente un état pyrétique. La veille de l'intervention, sa température atteint 38 degrés 8. L'état général est très mauvais. L'enfant est facilement suffoqué. Il existe un amaigrissement notable. L'anorexie est absolue. Il n'y a jamais eu d'ictère. On ne fait pas de recherches de laboratoire.

Première intervention, 15 février 1916. Laparotomie transversale, technique ordinaire. Le liquide kystique est clair et transparent, semblable à de l'eau de roche. On suture le kyste et on le réduit dans l'abdomen, sans y placer de sonde de Nélaton.

Le soir de l'intervention, la température monte à 40 degrés, pour baisser le lendemain. L'enfant est choqué. Pendant les jours qui suivent, on voit s'établir une température à type intermittent.

Le 19 février, on constate l'apparition d'un ictère d'abord léger, qui va s'accroissant de plus en plus, en même temps que la température présente une série de grandes oscillations. Le pansement montre une plaie d'aspect normal, sans aucun suintement. La palpation de la région opératoire ne permet pas de déceler la moindre tuméfaction pouvant permettre de conclure à un épanchement dans la poche du kyste. Il existe pourtant des signes d'angiocholite (ictère et température).

L'ictère va en s'accroissant de plus en plus, et, dès les premiers jours de mars, on constate la décoloration complète des matières fécales, en même temps qu'apparaît une tuméfaction de la région épigastrique.

L'état de l'enfant s'aggrave de plus en plus. L'amaigrissement devient terrifiant. Le docteur Piéri, notre excellent maître, pense que les accidents sont dus au

second kyste qui proémine dans la région lombaire droite.

Deuxième intervention, le 7 mars, docteur Piéri. Incisions de la région lombaire. Découverte de la poche. Formolisation et marsupiulisation. Le liquide extrait du deuxième kyste est également clair et transparent.

Cette deuxième intervention n'amène aucune sédation dans les phénomènes décrits plus haut, et devant la persistance de l'ictère et de la tuméfaction épigastrique, nous pensons à un épanchement bilieux intrakystique s'étant développé dans le premier kyste opéré et fermé.

Troisième opération, le 17 mars, docteur Calloust. On débride la première incision. On ne constate aucun épanchement dans le péritoine. La poche du kyste est amarrée à la paroi, marsupialisée, ouverte et drainée. Il s'écoule alors un flot de bile dont la quantité peut être évaluée à un demi-litre environ. Boue bilieuse.

L'enfant dépérit de plus en plus. L'amaigrissement devient extrême, l'anorexie est absolue, et le docteur Piéri, se rappelant des bons résultats obtenus par la panbiline dans un cas analogue d'épanchement de bile dans une cavité kystique, nous conseille d'administrer ce médicament. Sous l'influence de cette thérapeutique, les fèces, qui étaient grises, prennent une couleur chocolat. L'ictère disparaît, quoique l'épanchement de bile dans la fistule atteigne quotidiennement un demi-litre environ.

L'enfant recouvre peu à peu l'appétit. En avril, l'épanchement de bile diminue sensiblement. Le 11 mai, la fistule biliaire est à peu près tarie. Il est impossible de déceler la moindre tuméfaction au niveau de la poche kystique. Seule persiste une énorme éventration.

La poche lombaire, marsupialisée, est de même cicatri-

sée vers la fin mai, et l'enfant sort guéri le 6 juin 1916.

Nous avons revu cet enfant depuis. Il est devenu méconnaissable. L'appétit est revenu, et notre ancien petit malade se porte admirablement.

OBSERVATION VI

(Due à l'obligeance de M. le professeur Tédénat)

L... Marie, veuve E..., 33 ans.

Cette malade entre le 16 octobre dans le service de M. le professeur Tédénat pour tumeur de l'hypocondre droit.

Ses antécédents héréditaires et personnels n'offrent rien de particulier.

La maladie a débuté il y a trois ans. La malade s'est aperçue de l'existence, dans son flanc droit, d'une tumeur assez volumineuse, indolente.

Il y a un an et demi, la malade a subi une violente crise de douleurs siégeant dans l'hypocondre droit. On l'a traitée à cette époque pour rein flottant.

Actuellement, il existe de l'hypertrophie du foie, dont la moitié remonte jusqu'au septième espace intercostal.

On constate l'existence d'une voussure globuleuse de l'hypocondre, mate à la percussion, de consistance rénitente.

Pas de frémissement hydatique.

Il n'existe aucune inappétence, pas d'urticaire.

Les digestions sont bonnes, l'état général excellent.

Le teint est légèrement subictérique.

Le professeur Tédénat pose le diagnostic de kyste du foie.

Opération le 18 octobre. Incision classique.

Ponction. On retire du liquide limpide.

Ablation de la membrane hydatique. Incision et lavage de la poche à l'eau salée.

Fermeture sans drainage.

Le premier pansement ne montre aucune suppuration.

Le 7 novembre, la réunion des lèvres de la plaie est parfaite. La malade est autorisée à se lever.

BIBLIOGRAPHIE

- ARCE (J.). — Tratamiento de los quistes hidatídicos uniloculares del hígado (operacion de Posadas). Buenos-Ayres, 1904.
- AUVRAY. — Kystes hydatiques du foie. Soc. chir. Paris, 17 nov., 15 déc. 1909.
- ADNET. — Suppuration gazeuse spontanée des kystes hydatiques du foie. Thèse Paris, 1911.
- BROCA. — Kyste hydatique du foie : réaction de Weinberg nulle avant l'opération, positive après. Eosinophilie accrue par l'opération. Soc. méd. hôpit., Paris, 1911, 673-675.
- BACCELLI. — Mode de traitement des kystes hydatiques. Congrès soc. ital. médec. int., 23 octobre 1888.
- BOND. — Sur le traitement par l'incision et l'évacuation du kyste sans drainage. T. II, pp. 795-796. British med. Journal London.
- BERTENET. — Sur les kystes hydatiques du foie avec ictère par compression. Thèse Lyon, 1906.
- BEZIÈRE (G.). — Contribution à l'étude du formolage préalable des kystes hydatiques (temps opératoire de F. Devé). Thèse Paris, 1914.

- BATAILLE et DEVÉ. — *In* thèse de Beaudet (le cholépéritoiné hydatique). Paris, 1906, p. 92.
- BERTRAND (M.). — Kyste hydatique du foie. Extirpation par voie transthoracique. Réduction sans drainage. Soc. chir. de Marseille, 24 oct. 1912-1913. pp. 56-59.
- BRICET (Ch.). — Traitement des kystes hydatiques par la réduction sans drainage (procédé de P. Delbet). Thèse de Paris, 1900.
- BOBROFF. — New method of operation for echinococcus in the liver and other abdominal parenchymatous. Organs Khir. Mosk., 1898.
- BARTHOMENT. — Le traitement des kystes hydatiques du foie par la suture et la résection. Thèse Bordeaux, 1908.
- CRANWELL (Buenos-Ayres). — Kystes hydatiques avec cirrhose du foie.
- Communication à la Soc. chir. Paris, séance du 6 janvier 1909, *in* Bull. Soc. chir. Paris, tome XXXV, n° 1, 12 janvier.
- CRANWELL et VEGAS. — Traitement des kystes hydatiques. Rapport présenté au Congrès national américain de médecine et hygiène, 1910. Tiré à part. Edité par Coni, édit., Buenos-Ayres, 1910.
- Analyse dans Journal de chir., Paris, 1910, pp. 21-25.
- CHAUFFARD. — Le ballottement sushépatique, signe nouveau des kystes hydatiques de la convexité du foie. Bull. de l'Acad. de méd. Paris, n° 26, 5 juillet 1910.
- CAUCHOIX. — Le traitement chirurgical actuel des kystes hydatiques du foie et de leurs complications. Thèse Paris, 1908.

CERNÉ. — Vaste kyste hydatique du foie réduit sans drainage. Pneumatose intrakystique post-opératoire compliquée de cholerragie septique. Ponction, guérison. Soc. chir. Paris, 19 décembre 1906.

CASTAIGNE et FLESSINGUES. — Maladie du foie et des voies biliaires. Paris, 1912.

CORSY et PAYAN. — Kyste hydatique suppuré du foie. Ouverture simultanée dans la plèvre et le poumon droit et dans les voies biliaires. Gaz. hôp. Paris, 1911, pp. 1975-1977.

DUJARIER. — Traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie. J. méd. franç., Paris, 1910.

DEVÉ (F.). — Traitement chirurgical moderne des kystes hydatiques non compliqués du foie. Journal chir., Paris, 15 mai 1910.

— De la greffe hydatique obtenue par l'inoculation du scolex. Soc. chir., 4 juin 1902.

— De l'action parasiticide du sublimé et du formol sur les germes hydatiques. Compte rendu Soc. biol., Paris, 17 janv. 1903.

— Kystes hydatiques du foie. Paris, 1905.

— Intoxication dans les kystes hydatiques. Rev. de chir., 1911.

DELBET (P.). — Opération récente par la suture sans drainage d'un volumineux kyste hydatique du foie. Soc. chir., Paris, 17 nov., 15 déc. 1909.

— Traitement par le capitonnage des kystes hydatiques du foie. Bull. Soc. chir., Paris, 25 janv., 22 juin 1899.

DEBOVE, ACHARD et CASTAIGNE. — Manuel des maladies du foie et des voies biliaires, Paris, 1910.

EHRlich. — Traitement des échinocoques du foie.

Sammlung klinischer Vortraege, 1910, n°s 566-568.

FERROUIL. — Contribution à l'étude des kystes hydatiques du foie chez l'enfant. Thèse Paris, 1907.

FRANKE. — Nouvelle méthode de traitement des kystes hydatiques du foie. Deutsche Zeitung f. chir. 1900., Bd. LXII.

FORGUE. — Traité de thérapeutique chirurgicale, Paris, 1890, t. II, p. 805.

GUINARD. — Kyste hydatique de la face convexe du foie, traité par la voie transpleurale avec suture sans drainage. Soc. chir., Paris, 12 26 juillet 1905.

GUIBÉ. — Les greffes péritonéales des échinocoques. Presse médicale, Paris, 1901, p. 101.

HERRERA, VEGAS et JORGUE fils. — Pyo-pneumo-kystes hydatiques du foie. Buenos-Ayres, 1910, Imp. Coni.

HAMILTON (in WATSON). — Hydatid disease in Australia, Surg., gyn. et obst., 1907, p. 774.

JONESCO (de Bucarest). — Traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie par la suture sans drainage. (Rapport de M. P. Delbet.) Soc. chir., Paris, 27 déc. 1899 au 26 janvier 1900.

JENCKEL. — Beitrage zur Chirurgie der Leber. Deutsche Zeitschrift f. Chirurg., 1908, t. XCVI, p. 338.

KIRMISSON. — Kystes hydatiques multiples du foie. Soc. chir., Paris, 17 nov., 15 déc. 1909.

KORTE. — Kystes hydatiques du foie. XXXI^e Congrès de chir. allemand, 3 avril 1902.

LANGENBUCH. — Des Leberechinococcus und seine Chirurgie. Stuttgart, 1890.

LE DENTU. — Recherches expérimentales sur le formol.

C. R. du Congrès de chirurgie de Moscou, n° 97, p. 341.

LACROIX. — Kystes hydatiques du foie. J. médecine, Bordeaux, 1913, p. 439.

LE DENTU et DELBET. — Maladies chirurgicales du foie, in *Traité de chirurg.* Paris, 1910, vol. XXVII.

LECÈNE et MANDOR. — L'intervention chirurgicale dans les kystes hydatiques du foie ouverts dans les voies biliaires. *Journal de chir. de Paris*, 1914, pp. 689-700.

LEJARS, PARVU, DELBET, TUFFIER, ROUTIER, FAURE, THIERRY, WALTHER, WILLEMIN, LEGUEU, GUINARD. — La réaction de fixation dans le diagnostic des kystes hydatiques du foie. *Communication à la Soc. chir., Paris*, 24 mars 1909, n° 12 30 mars, p. 405 à 415, n° 13, 6 avril, p. 422-428.

LEJARS. — Des accidents d'intoxication hydatique à la suite d'un kyste du foie opéré par la méthode de Delbet. *Soc. chir., Paris*, 21 mai au 11 juin 1902.

VON LOBMAYER (Budapest). — Les résultats des opérations pour kystes hydatiques du foie à la première clinique chirurgicale de Budapest, de sept. 1897 à sept. 1906. *Deutsche Zeitschrift für chirurgie*, t. XCVIII, fasc. 4, 5 avril 1909, pp. 401-406.

LEJARS. — *Traité de chirurgie d'urgence*. Paris, 1905. Masson, édit.

MASURE. — Contribution à l'étude du traitement des kystes hydatiques du foie (méthode Beigin-Volkman). Thèse Lyon, 1894.

MAUNOURY. — *Traitement chirurgical des kystes hydati-*

- ques du foie. Congrès français chirur., 3^e session, Paris, 1899, 538.
- MAUCLAIRE. — Kyste hydatique du lobe de Spiegel avec ictère par compression du hile du foie. Laparotomie. Formolisation Drainage. Guérison. Bull. Soc. chir., 1915, 10 février.
- MENDIC. — Traitement chirurgical moderne des kystes hydatiques non suppurés du foie. Thèse Paris, 1914.
- MARION. — Deux observations de kystes hydatiques du foie. Société chirurgie Paris, 1906.
- MORNARD. — Contribution à l'étude des kystes hydatiques multiples du foie. Thèse Paris, 1913.
- MABIT. — Contribution à l'étude des kystes hydatiques de l'abdomen. Revue de chirurgie, 1905.
- MYCH (Tomsk). — Un cas d'opération radicale pour kyste hydatique alvéolaire du foie. Chirurguitchesky Archiv Veliaminova. Tome XXIX, n° 2, 1913, pp. 175-179.
- MONOD. — Traitement des kystes hydatiques de la face convexe du foie. Bull. Soc. chir. Paris, 26 mars, 21 avril 1896.
- MARTIN et DEVÉ. — Contribution à l'étude de la prophylaxie de la récurrence hydatique post-opératoire. Revue de gynécologie, sept. et oct. 1904, p. 311.
- MAC-LAURIN. — The treatment of hydatid of the liver. British medic. J. London, 1914, 1, p. 82.
- MÉRIEL. — Traitement de la poche d'un kyste hydatique du foie par le procédé de Varsi. Arch. méd. Toulouse, 1913, 220-226.
- MARDI. — Contributo alla cura del échinococco epatico. Clinica moderna, 20 janv. 1904, p. 26.

- O'CONOR. — Kyste hydatique du foie. Incision. Guérison. Glasgow Med. J., n° 57, p. 345.
- OLIVER. — Tratamiento de los quistes hydaticos. Rapport du 2° Congrès médical latino-américain. In *Revista del Uruguay*, sept. 1904, p. 357.
- ORLOFF. — Echinokokotomie nach Posadas. Bobrow. Deutsch. Zeits. f. Chir., 1901, p. 458.
- POKOTILO (Elisabetgrad). — Casuistique et diagnostic des affections échinococciques. *Chirurgia*, tome XXX, n° 176, pp. 163-175. Analyse in *Journal Chir. Paris*, 1911, p. 539.
- PRAT. — Les kystes hydatiques dans l'Uruguay de 1908 à 1912. *Revista de los hospitales*, tome VI, n° 8, août 1913, pp. 411-489. Analyse in *Journal Chir. Paris*, 1914, pp. 24-27.
- POIRIER. — Deux cas de kystes hydatiques traités par la suture sans drainage. Soc. chir. Paris, 22 mai, 12 juin 1901.
- POSADAS. — Traitement des kystes hydatiques. *Revue chir. Paris*, 1899, pp. 373-387.
- PETIT. — Contribution à l'étude de la méthode de Bond dans le traitement des kystes hydatiques du foie. Thèse Paris, 1906.
- POCUARU-CAPLESCU. — Studiu experimental asupra toxicitatei formalinei in raport cù tehnica actuali in tratamentul chistelor idatice. *Stîntelor medicale*, n° 9, sept. 1909.
- PINET. — Le diagnostic des kystes hydatiques du foie. Thèse Montpellier, 1912.
- QUÉNU. — Technique opératoire contre l'échinococcose secondaire. Soc. chir. Paris, juillet 1903, p. 723.
- De l'ictère dans les kystes hydatiques du foie. *Revue chir.*, n° 8, 10 août 1910, pp. 241-279.

- QUÉNU. — Des petites incisions dans l'ouverture des kystes hydatiques du foie. Soc. chir. Paris, 23 nov., 26 déc. 1904.
- ROBIOLIS et AUBERT. — Kystes hydatiques multiples du foie. Soc. chir. Marseille, 1912.
- RECLUS. — Traitement des kystes hydatiques du foie. Journal des praticiens, août 1908, p. 481.
- ROUTIER. — 44 cas de kystes hydatiques du foie par différentes méthodes. Soc. chir., Paris, 17 nov. et 15 décembre 1909.
- SCHWARTZ. — Kystes hydatiques du foie, traités par la méthode de Bobrow-Delbet, Soc. chir., Paris, 18 nov., 15 déc. 1909.
- Chirurgie du foie, Paris, 1901, Oct. Doin, édit.
- SYME. — Kyste hydatique. Opération. The Lancet, 24 fév. 1906.
- SCHILLING. — Leberkrankheiten, München, 1911.
- TERBIER et AUVRAY. — Chirurgie du foie et des voies biliaires, Paris, 1907.
- THORNTON. — Kyste hydatique du foie. Suture sans drainage. Medical Times and Gaz., 1883.
- TERRIER et DUJARIER. — De la cholerragie dans les kystes hydatiques du foie. Revue chir., janvier 1906, pp. 26-53.
- VEGAS et CRANWELL. — Les quistes hidaticos. Buenos-Ayres, 1901.
- Les kystes hydatiques et leur traitement dans la République Argentine. — Rev. chir., Paris, 1901, pp. 470-478.
- WENDEL (Magdebourg) et VON HABERER. — Contribution à la chirurgie du foie (Communication au XI^e Con-

grès allemand de chirurgie, Berlin, 19-22 avril 1911).

WATSON. — Hydatid disease in Australia. Surgical Gynecol. et Obst., 1907, p. 759.

Vu et permis d'imprimer,
Montpellier, le 16 décembre 1916.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé,
Montpellier, le 16 décembre 1916.
Pour le doyen,
L'assesseur délégué,
SARDA.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
